

El actual estudio es preliminar a otro en el que se compararan los costes y la efectividad de realizar un programa de enfermería de intervención grupal psicoeducativa frente a realizar sólo el tratamiento convencional (grupo control). *A priori* parece más coste-eficaz la actividad grupal de dos enfermeras con una dedicación de 90 min semanales que las visitas que este tipo de pacientes realiza al equipo.

Este trabajo fue presentado como comunicación tipo póster en el 5.º Congreso estatal de la FAECAP y el 8.º Congreso de la AIFICC, celebrado en Barcelona en noviembre de 2007, y recibió el segundo premio como mejor comunicación en papel.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado. Ginebra: OMS; 2004.
2. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Barcelona: Departament de Salut, Direcció General de Planificació y Direcció, Generalitat de Catalunya; 2006.
3. Casañas Sánchez R, Armengol Vallés J, Puigdevall Grau E. Guía per la infermera. Sessions Grupals Psicoeducatives en l'Episodi Depressiu a l'Atenció Primària. Barcelona: Institut Català de la

Salut. Àmbit d'atenció Primària Barcelona Ciutat. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006.

4. Casañas Sánchez R, Armengol Vallés J, Puigdevall Grau E. Guía per la infermera. Sessions Grupals Psicoeducatives em el Trastorn d'Ansietat a l'Atenció Primària. Barcelona: Institut Català de la Salut. Àmbit d'atenció Primària Barcelona Ciutat. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006.
5. North American Nursing Diagnosis Association, Diagnósticos enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación 1999-2000. Madrid: Harcourt, DL 1999.

R. Casañas Sánchez^a, Antonia Raya Tena^{b,*}, L. Ibáñez Pérez^c y M.M. Valls Colomer^d

^aCentre Higiene Mental Les Corts, Barcelona, España

^bEAP Raval Nord, Barcelona, España

^cEAP Raval Sud, Barcelona, España

^dEAP Besòs, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Arayat.bcn.ics@gencat.net
(A. Raya Tena).

doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.028

Aripiprazol y priapismo

Aripiprazole and priapism

Sr. Director:

Presentamos un episodio de priapismo iatrogénico por dosis máximas de aripiprazol en un varón joven. Se trata de un caso inusual, ya que este tipo de efecto indeseable es muy poco frecuente en tratamientos con fármacos psicotrópicos.

El priapismo es la erección persistente del pene o el clítoris, frecuentemente dolorosa, sin que se haya recibido estímulo sexual. Se produce por un mecanismo no bien conocido relacionado con el bloqueo de receptores alfa-adrenérgicos. Aripiprazol tiene una importante acción bloqueadora alfa 1, lo que hace que sea capaz de producir este efecto adverso. De todas formas existen casos de priapismo producido por fármacos sin dicha actividad y sin que se haya descubierto su mecanismo¹.

En la literatura se encuentra información sobre episodios de erección persistente como urgencia urológica relacionados con diversos antipsicóticos, fundamentalmente trazodona, risperidona, oxcarbazepina, clozapina y combinaciones con litio². Casi todos los casos descritos ocurren en pacientes que acaban de comenzar con el tratamiento, han cambiado la dosis o que se les ha añadido un fármaco nuevo³.

Varón de 23 años de edad con trastorno esquizofrénico por el que está en tratamiento médico con clorazepato dipotásico (Tranxilium) a dosis de 5 mg cada 12 h y aripiprazol a dosis de 10 mg mañana y noche. Tras una revisión psiquiátrica por presentar clínica activa de su enfermedad, se aumenta la dosis a 15 mg mañana y noche

(dosis máxima para este fármaco). A los 2 días de tratamiento con esta nueva pauta, el paciente acude a nuestro centro de salud con clínica de erección dolorosa persistente desde hacia más de 24 h. Fue remitido entonces al urólogo de forma urgente, por precisar una reducción manual.

Después de este incidente se reduce la dosis de aripiprazol a su pauta anterior, y no ha vuelto a ocurrir ningún otro episodio similar.

De entre todos los efectos secundarios del aripiprazol, encontramos que el priapismo está clasificado como de las situaciones raras, pues se ha encontrado como «muy poco frecuentes» (1:10.000) y en situaciones posteriores a la comercialización.

La comunicación de efectos adversos muy infrecuentes adquiere gran importancia en fármacos de reciente comercialización y uso muy limitado.

Bibliografía

1. Mago R, Anolik R, Johnson R, et al. Recurrent priapism associated with use of aripiprazole. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1471–2.
2. Negin B, Murphy T. Priapism associated with oxcarbazepine, aripiprazole and lithium. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:1223–4.
3. Agemed. Ficha técnica de Aripiprazol; 2004 [citado 1 Jul 2008]. Disponible en: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/abilify/H-471-PI-es.pdf>.

Antonio Luis Aguilar-Shea^{a,*}, Isabel Palomero-Juan^a, Lucía Sierra Santos^a y Cristina Gallardo-Mayo^b

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manzanares, Consultorio El Boalo, Madrid, España

^bAnestesiología y Reanimación. Centro de Salud Manzanares, Consultorio El Boalo, Madrid, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: antonioaguilar-shea@gmail.com
(A.L. Aguilar-Shea).

doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.030

Crisis asmáticas e hiperreactividad bronquial en un servicio de urgencias de atención primaria

Asthmatic crisis and bronchial hyper-reactivity in a primary care emergency service

Sr. Director:

Se ha realizado un estudio observacional y prospectivo analizando las características de las crisis y los factores relacionados con escala Borg, gravedad y pronóstico de los pacientes atendidos de urgencia en el Centro de Salud El Astillero, de Cantabria. Se ha analizado una muestra sistemática de 100 pacientes atendidos entre el 1 de enero de 2006 al 8 de junio de 2008, que recibieron nebulización por crisis asmática o hiperreactividad bronquial. Se excluyó a los menores de 5 años y pacientes con EPOC.

Eran mujeres el 57%. La mediana de edad fue de 26 (17–36) años. Para el 16% de los pacientes ésta era la primera crisis, el 19% tenía hiperreactividad bronquial y el resto, asma. El 51% estaba en tratamiento con betaagonistas de acción corta (Bc). El principal desencadenante fue una infección respiratoria en el 42%, seguido del 33% que no lo relacionaba con ningún desencadenante.

El 61% de los pacientes llegaron con crisis moderada, el 36% tenía una crisis leve y el 3%, grave y al alta se fue sin crisis el 16%, un 78% se fue con crisis leve y el 6%, con una crisis moderada. Se consideró resuelta la crisis en el 71% de los pacientes y un 11% fue derivado al hospital.

El 16% había tenido otra agudización a las 2 semanas de la crisis; al mes, el 20%. Se resolvieron menos crisis en los asmáticos, en los que presentaron su primera crisis durante el estudio y en los de mayor edad. La gravedad se relacionó con el tratamiento habitual y al alta con el sexo. Las agudizaciones posteriores se relacionaron con el sexo, la edad, los desencadenantes y la Sat O₂ (tabla 1).

Tabla 1 Factores relacionados con la resolución, la gravedad y las agudizaciones posteriores

	Estimado	Error estándar	Wald	p
<i>Resolución</i>				
Edad	−0,073	0,027	7,314	0,007
Sin antecedentes	−17,365	1,389	156,375	<0,001
Asmáticos	−16,494	1,4	138,753	<0,001
<i>Crisis inicial grave</i>				
SatO ₂ *	−0,584	0,148	15,465	<0,001
Frecuencia respiratoria*	0,122	0,051	5,722	0,017
Uso de Bc	−1,101	0,563	3,83	0,05
<i>Crisis moderada al alta</i>				
Frecuencia respiratoria*	0,183	0,053	11,893	0,001
SatO ₂ *	−0,434	0,176	6,069	0,014
Sexo varón	−1,143	0,393	8,446	0,004
Sibilancias*	1,403	0,556	6,359	0,012
<i>Agudizaciones a las 2 semanas</i>				
Sexo varón	3,573	1,477	5,842	0,016
Edad	0,113	0,052	4,699	0,03
SatO ₂	−3,214	1,273	6,375	0,012
<i>Agudizaciones primer mes</i>				
Sin desencadenante	2,847	1,285	4,908	0,027
Sexo varón	1,754	0,761	5,316	0,021
Edad	0,034	0,015	5,031	0,025

Únicamente se muestran los valores significativos en el análisis multivariable.

*Criterios utilizados para evaluar la gravedad.